



## REGISTO DE CLIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Este registo é voluntário e da exclusiva responsabilidade dos clientes. Caso a limitação seja temporária, o registo tem a validade de 1 ano. Se a situação se mantiver, o registo deverá ser renovado pelo cliente ao fim desse período. Deve entregar este documento corretamente preenchido e assinado conforme o Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, juntamente com uma declaração médica (pode utilizar o exemplo no final deste formulário), numa loja ou agente EDP, ou enviar estes documentos através do e-mail [docs@edp.pt](mailto:docs@edp.pt) ou por correio para a Rua do Pólo Norte, 10A, 1998-034 Lisboa.

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

Nome: \_\_\_\_\_  
Código de Ponto de Entrega (CPE): \_\_\_\_\_  
Código de Universal da Instalação (CUI): \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Andar: \_\_\_\_\_ Lado: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 2. DADOS PARA CONTACTO (se pretender, mencione o contacto de 2 pessoas)

1ª pessoa para contacto: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
2ª pessoa para contacto: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Meio preferido para tomar conhecimento prévio de eventuais interrupções no fornecimento de energia elétrica  
☐ Telefone ☐ Telemóvel ☐ E-mail ☐ Fax ☐ Outro: \_\_\_\_\_

### 3. SEGUNDO O FORNECIMENTO DE ENERGIA APLICÁVEL, INDIQUE O TIPO DE LIMITAÇÃO:

Eletricidade:	Gás natural:
<input type="checkbox"/> 1) Visão (cegueira total ou hipovisão)	<input type="checkbox"/> 1) Visão (cegueira total ou hipovisão)
<input type="checkbox"/> 2) Audição (surdez total ou hipoacusia)	<input type="checkbox"/> 2) Audição (surdez total ou hipoacusia)
<input type="checkbox"/> 3) Comunicação oral	<input type="checkbox"/> 3) Comunicação oral
<input type="checkbox"/> 4) Motora (dependente de equipamento, como cadeira de rodas, cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica)	<input type="checkbox"/> 4) Olfativas - impossibilidade de deteção da presença de gás natural (titular ou membro do agregado familiar)
<input type="checkbox"/> 5) Dependência de equipamento médico para sobrevivência, cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica	

A limitação indicada é: ☐ Limitação temporária ☐ Limitação permanente

### 4. TIPO DE EQUIPAMENTO (se indicou a opção 5 no quadro anterior)

☐ Ventiladores ☐ Equipamento de diálise ☐ Outros: \_\_\_\_\_ Tempo de autonomia do equipamento \_\_\_\_\_ horas

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Assinatura do cliente: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO MÉDICA

É favor preencher a Declaração Médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o cliente.

\_\_\_\_\_, médico, portador da célula profissional nº \_\_\_\_\_  
emitida em \_\_\_\_\_, pela \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ atesta que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_,  
residente em \_\_\_\_\_ freguesia de \_\_\_\_\_  
concelho de \_\_\_\_\_ nascido a \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ em \_\_\_\_\_  
portador do B.I. / C.C nº \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ e do Nº fiscal \_\_\_\_\_  
é portador de incapacidade \_\_\_\_\_  
e/ou necessita, para sua sobrevivência, de meios auxiliares de apoio à vida, refletido no equipamento de suporte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, o qual é alimentado por energia elétrica.

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Por ser verdade assino a presente declaração: \_\_\_\_\_